

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 septembre 2014

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mme Dessaux et M. Bonard, assesseur
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

H._____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Yves Schmidhauser,
avocat à Lausanne,

et

W._____, à Lausanne, intimée.

Art. 4 LPGA ; art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. H._____, née en [...], mariée et mère de deux enfants nés en [...] et [...], travaillait en qualité d'aide-infirmière à 50% pour le compte de A._____. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de W._____. (ci-après : W._____, la caisse ou l'intimée).

Selon la déclaration d'accident-bagatelle LAA complétée le 6 juillet 2011 par l'employeur, l'assurée est tombée dans sa baignoire le 1^{er} juillet 2011 à 17 heures, et a été atteinte à l'épaule, au bras et à la jambe gauches. Les premiers soins ont été donnés par le Dr K._____ à l'Hôpital de B._____ le 2 juillet 2011. Ce médecin a attesté d'une incapacité de travail totale dès le 3 juillet 2011, avec une reprise probable du travail le 5 juillet 2011 en plein. Les Drs _____ et L._____, spécialistes en radiologie, ont procédé à un examen radiologique de la colonne cervicale et dorsale le 2 juillet 2011. Leur rapport du 5 juillet 2011 retient ce qui suit :

« Indication :

Chute de sa hauteur. Douleurs à la mobilisation de la colonne cervicale et à la palpation des apophyses épineuses D1 et D2.

Description :

Colonne cervicale : pas de fracture. Pas de listhésis. Bon alignement des différents corps vertébraux. Pas de bâillement des processus épineux. Odontoïde centré entre les masses latérales de C1. Pas d'épaississement des tissus mous pré-vertébraux.

Colonne dorsale : pas de fracture. Pas de tassement. Bon alignement des corps vertébraux. Remaniement dégénératif avec ébauche d'ostéophyte antérieur de D6 à D10. »

Sur requête de la caisse, l'assurée a précisé le déroulement de l'accident en expliquant avoir perdu l'équilibre lorsqu'elle remettait le rideau de douche et être tombée entre la baignoire et le lavabo. Sa tête avait tapé sur les robinets, son bras, son dos et son épaule gauches sur la tige du porte-serviette.

Le 22 juillet 2011, W._____ a informé l'assurée et son employeur de la prise en charge du cas.

La Dresse R._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant, a prescrit 9 séances de physiothérapie à sa patiente le 22 juillet 2011.

Dans un rapport de l'Hôpital de B._____ du 28 juillet 2011 à la caisse, ont été diagnostiquées des contusions du radius dorsal et du bras gauche, avec la précision que le traitement était terminé depuis le 2 juillet 2011.

Le 10 octobre 2011, la Dresse R._____ a prescrit 6 séances supplémentaires de physiothérapie à l'assurée pour cervicalgies.

Dans son rapport à la caisse du 14 novembre 2011, la Dresse R._____ a posé le diagnostic de « contusion vs entorse cervicale », estimant les lésions dues uniquement à l'accident. L'assurée avait présenté une incapacité de travail totale du 23 juillet au 1^{er} août 2011, avec reprise du travail le 2 août 2011, le traitement étant terminé depuis le 22 juillet 2011.

Le 27 décembre 2011, l'assurée a adressé sa démission à son employeur, en expliquant que celle-ci intervenait en raison des vives douleurs cervicales et dorsales consécutives à l'accident du 2 juillet 2011. L'assurée et son employeur ont convenu d'une fin des rapports de travail au 31 janvier 2012.

L'assurée a subi une imagerie à résonance magnétique (ci-après : IRM) cervicale et dorsale le 11 avril 2012. Dans leur rapport du même jour, les Drs M._____, N._____ et F._____, spécialistes en radiologie, ont relevé ce qui suit :

«Indications

Chute en 2011. Depuis, cervico-dorsalgies chroniques. Rx de l'époque : pas de fracture mais arthrose dorsale.

[...]

Conclusion

Discopathies cervicales avec protrusion discale en C4-C5, sans contrainte radiculaire et petite rupture de l'anneau fibreux en C6-C7. Sur le segment dorsal, altération dégénérative de type spondylo-discarthrose touchant principalement le segment D7-D8 et D8-D9. Pas de lésion médullaire. »

Dans son rapport du 16 avril 2012 à W._____, le Dr Y._____, spécialiste en médecine interne et générale, et médecin traitant depuis le 2 avril 2012, a diagnostiqué des discopathies cervicales avec contusions discales C4-C5 sans contraintes radiculaires, une petite rupture de l'anneau fibreux C6-C7 et une spondylodiscarthrose D7-D8 et D8-D9. Il persistait une symptomatologie douloureuse importante, le Dr Y._____ estimant que la reprise du travail et la durée probable du traitement n'étaient pas évaluables.

Selon l'attestation de l'employeur adressée à la caisse le 16 avril 2012, l'assurée avait travaillé au sein de A._____ du 13 mars 2003 au 31 janvier 2012.

Dans un rapport du 9 mai 2012 au Dr Y._____, faisant suite à un examen de l'assurée du 8 mai 2012, la Dresse D._____, spécialiste en médecine interne et en maladies rhumatismales, a observé ce qui suit :

«Les radiographies effectuées le lendemain du traumatisme ont révélé des altérations dégénératives banales. L'IRM cervical et dorsal du 11.04.2012 révèle des discopathies cervicales prédominant en C4-C5 et C6-C7 mais sans hernie discale ni phénomène compressif. Aucune lésion médullaire n'est signalée.

A l'examen clinique, patiente en bon état général, se déplaçant sans boiterie mais avec une faible dissociation des ceintures et une rigidité de la ceinture scapulaire. Le déshabillage se fait avec précaution mais sans difficulté. La mobilité du segment cervical est réduite en extension et flexion (distance menton-sternum 16-3 cm). Les rotations sont douloureuses en fin de course, surtout du côté gauche. L'épaule droite est tenue en contraction continue et l'on palpe des tendomyoses multiples, surtout pour le trapèze et le sus-scapulaire. L'épaule gauche est bien mobile mais également douloureuse dans les mouvements extrêmes, sans argument pour un conflit sous-acromial. La palpation des apophyses épineuses dorsales est sensible, surtout en D6, D7, D8 avec des zones de myogélose très douloureuses. L'examen neurologique ne révèle pas de syndrome radiculaire déficitaire. Les réflexes ostéo-tendineux

sont présents. Pas de diminution de la force musculaire ni des sensibilités.

En conclusion, Madame H._____, aide-infirmière dans un établissement [...], souffre depuis le 1^{er} juillet 2011, à la suite d'un accident, de cervico-dorsalgies invalidantes. Cliniquement et radiologiquement, on est rassuré par l'absence de lésions médullaires mais il persiste des troubles probablement secondaires à des dysfonctions intervertébrales qui ne cèdent pas au temps et à la thérapie. La question se pose en effet de la reprise du travail qui paraît fortement compromise dans une activité lourde auprès de [...]. Il est à noter que Madame H._____, à part une semaine d'incapacité, n'est pas au bénéfice d'une perte de gains, puisqu'elle a d'elle-même donné son congé à l'établissement fin décembre 2011, en raison des difficultés qu'elle avait à assumer ses tâches.

Il y a bien sûr un problème asséurologique et la question du chômage est légitime afin de savoir si elle peut exercer son ancienne activité d'aide-infirmière. On peut estimer que dans un travail allégé d'aide-infirmière (réception, policlinique) elle pourrait l'exercer à 50%.

Au plan thérapeutique, je suggère de présenter la patiente à Monsieur G._____, physiothérapeute spécialisé dans la méthode de Maitland, qui pourra nous aider à évaluer les conséquences du traumatisme sur le rachis cervico-dorsal et entreprendre un traitement ciblé. En cas d'échec, une prise en charge auprès du centre d'antalgie est à prévoir après examen neurologique détaillé dans l'idée d'un phénomène post « whiplash » car le problème actuel peut être assimilé à ce type de traumatisme. J'ai prescrit à Madame H._____ un antidépresseur tricyclique (Saroten 25) dans le but de diminuer le seuil douloureux.»

Selon le dossier de la caisse, le cas de l'assurée a été soumis le 21 juin 2012 au Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et médecin-conseil de W._____. Ce dernier a estimé qu'il fallait encore prendre en charge l'IRM du 11 avril 2012 à titre d'investigation, et qu'à plus de 9 mois de l'accident, il n'y avait plus de causalité avec l'événement du 1^{er} juillet 2011.

Le 6 juillet 2012, la Dresse D._____ a prescrit 6 nouvelles séances de physiothérapie à l'assurée.

Par décision du 11 décembre 2012, la caisse a fait savoir à l'assurée qu'elle mettait fin à ses prestations au 1^{er} janvier 2012, en prenant toutefois encore en charge l'examen IRM cervical et dorsal du 11 avril 2012. Concernant les douleurs cervico-dorsales, elle expliquait en substance qu'en l'absence de fracture ou luxation de vertèbre, les

conséquences de l'accident devaient être considérées comme épuisées dans un délai de quatre à six mois.

L'assurée s'est opposée à cette décision le 12 décembre 2012, en faisant valoir qu'elle n'avait jamais eu besoin de soins avant son accident.

Par décision sur opposition du 22 février 2013, la caisse a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 11 décembre 2012. En substance, elle a exposé qu'en l'état actuel des connaissances médicales en matière de troubles rachidiens survenant après un accident, sans que celui-ci ait causé de façon indiscutable des lésions structurelles de la colonne vertébrale, le *statu quo sine* pouvait être considéré comme atteint trois à quatre mois après l'accident. Ce délai pouvait passer à six, neuf ou exceptionnellement douze mois, lorsque l'accident avait décompensé un état dégénératif préexistant de la colonne. Comme les différents examens n'avaient pas mis en évidence de lésions structurelles (fracture ou luxation de vertèbre) au niveau des colonnes dorsale et cervicale, le délai de six mois retenu apparaissait approprié.

B. Par acte du 8 avril 2013, H._____, représentée par Me Jean-Yves Schmidhauser, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme en ce sens que l'intimée est tenue de prendre en charge toutes les prestations prévues par la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20) à la suite de l'accident du 1^{er} juillet 2011, son droit à des indemnités journalières, respectivement à une rente LAA, étant réservé. En substance, elle fait valoir que selon l'avis du 9 mai 2012 de la Dresse D._____, son problème actuel peut être assimilé à un traumatisme post « whiplash », que l'ensemble des praticiens consultés s'accordent sur le fait qu'elle souffre de cervicalgies à la suite de l'accident du 1^{er} juillet 2011 et présente depuis lors de manière chronique des symptômes caractéristiques d'un traumatisme type « coup du lapin », justifiant la mise en œuvre d'une expertise. Elle ajoute qu'elle était en excellente santé au moment de l'accident, qu'elle n'a pas d'antécédents

médicochirurgicaux pertinents, toutes ses thérapies s'inscrivant exclusivement dans le prolongement de son accident du 1^{er} juillet 2011. Elle explique en dernier lieu qu'à la suite de l'accident, elle n'a plus été en mesure de poursuivre son activité d'aide-infirmière et a présenté sa démission. Elle requiert la production de son dossier en mains de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), l'audition de témoins, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise portant sur son état (somatique et psychiatrique) avant l'accident et à ce jour, de même que sur le diagnostic précis de son état de santé après l'accident.

Dans sa réponse du 1^{er} juillet 2013, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle explique que la recourante a tout au plus présenté une contusion-distorsion de la colonne cervicale simple, de degré I ou II selon la classification de la « Québec Task Force », de sorte qu'il ne se justifiait pas de continuer à admettre une relation de causalité naturelle certaine ou au moins probable avec l'événement du 1^{er} juillet 2011 au-delà d'un délai de 6 mois.

Le 23 septembre 2013, la recourante a exposé qu'elle n'entendait pas compléter son argumentation, mais proposait comme expert le Dr V._____, spécialiste en rhumatologie.

C. La production du dossier de l'AI de la recourante a été requise.

Il en ressort en particulier ce qui suit :

- un formulaire de détection précoce du 5 mars 2012 ;
- une demande de prestations de l'AI du 4 avril 2012 ;
- une fiche de détermination du statut selon laquelle l'assurée, sans atteinte à la santé, travaillerait au taux de 50% ;
- un rapport de la Dresse D._____ à l'OAI du 21 mai 2012, diagnostiquant des cervico-dorsalgies sur probable dysfonction intervertébrale post-traumatique et estimant une reprise d'activité à 50% possible à moyen terme ;

- un rapport à l'OAI du 24 mai 2012 du Dr Y._____, posant le diagnostic de probable dysfonction intervertébrale, la patiente décrivant des douleurs quasi continues et une perte de force aux membres supérieurs depuis l'accident du 1^{er} juillet 2011, une reprise d'activité à 50% étant possible à compter du 1^{er} février 2012, sans port de charges ni position assise continue ;
- un rapport à l'OAI de la Dresse D._____ du 30 juillet 2012, selon lequel une activité légère, sans élévation des bras au-dessus de la tête ni port de charges serait possible, une capacité de travail entière n'étant pas exclue selon le type de travail proposé et une évaluation par des professionnels étant souhaitable ;
- un rapport médical du 10 août 2012 du Dr P._____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), à la teneur suivante :
« Cette assurée de [...] ans, mariée et mère de deux enfants, n'a pas de formation ; elle travaillait comme aide-soignante à 50% dans un établissement de [...]. Elle a été victime d'une chute dans sa douche le 01.07.2011, avec impact sur le côté gauche et la tête, avec un hématome à ce niveau. Elle a consulté les urgences de l'hôpital de B._____, où l'on n'a pas mis en évidence de fracture. Après quelques jours d'IT [incapacité de travail], elle a repris le travail malgré des céphalées et des douleurs cervico-dorsales gauches, qui n'ont pas diminué par la suite, au point que l'assurée a démissionné de son travail en décembre 2011, ne parvenant plus à assumer cette activité lourde. Elle s'annonce en DP [détection précoce] en mars 2012 sur recommandation de son ancien employeur, et dépose une demande le 04.04.2012. Dans un RM [rapport médical] du 21.05.2012, la Dresse D._____, rhumatologue, parle de cervico-dorsalgies devenues chroniques, sur probable dysfonction intervertébrale post-traumatique. Elle estime que l'AH [activité habituelle] est trop lourde ; l'assurée pourrait l'exercer à 50% dans un poste allégé. Interrogée sur la CT [capacité de travail] dans une activité totalement adaptée, la rhumatologue confirme le 30.07.2012 qu'elle est entière.»

- un projet de décision de l'OAI du 21 novembre 2013 refusant la rente d'invalidité à l'assurée compte tenu d'un taux d'invalidité de 12,5%, retenant qu'à compter du 23 juillet 2011, une pleine capacité de travail pouvait être exigée d'elle dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de porte-à-faux, alternance des positions, pas de travaux avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale).

Le 6 mars 2014, la recourante a exposé ne pas avoir de commentaire particulier à formuler au sujet du dossier AI.

Le 11 mars 2014, l'intimée a maintenu sa position.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (cf. art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent, à savoir celui du domicile de l'assuré (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes pascales (cf. art. 38 al. 4 let. a LPGA), auprès du tribunal compétent. Il respecte au surplus les autres conditions de forme prévues

par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) En l'occurrence, est litigieuse la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident subi par l'assurée le 1^{er} juillet 2011 et les troubles présentés par cette dernière après cet événement. Plus particulièrement, l'intimée soutient que la relation de causalité ne peut être admise que pour une période de six mois après l'accident, tandis que la recourante estime que le lien de cause à effet perdure à ce jour et conclut de ce fait à la prise en charge des prestations d'accident à la suite de l'événement du 1^{er} juillet 2011.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait

pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b et les références).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans la survenance de l'accident (*statu quo sine* ; cf. TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.3 et les références). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « *post hoc ergo propter hoc* » ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_6/2009 du 30 juillet 2009, consid. 3). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C_262/2008 du 11 février 2009, consid. 2.2).

La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il

est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TFA U 307/05 du 8 janvier 2007, consid. 4 ; TFA U 222/04 du 30 novembre 2004, consid. 1.3).

c) En matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique qui présente de multiples plaintes, pour autant que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 134 V 109 consid. 9, 119 V 335 consid. 1, 117 V 359 consid. 4b ; TF 8C_124/2007 du 20 mai 2008, consid. 2.2 et les références).

Ainsi, la première question à résoudre est celle de savoir si les caractéristiques d'un traumatisme de type « coup du lapin » ont été diagnostiquées dans le cas d'espèce. Le tableau clinique caractéristique retenu par la jurisprudence à ce propos fait état des plaintes suivantes : maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité accrue, troubles de la vue, irritabilité, altération de la sensibilité, dépression, modification de la personnalité et plaintes multiples. Par ailleurs, des douleurs cervicales doivent nécessairement se manifester dans un délai de 72 heures après l'événement accidentel pour que l'on puisse admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle avec ce dernier (TF 8C_792/2009 du 1^{er} février 2010, consid. 6.1 et les références). Enfin, le mécanisme accidentel doit être propre à provoquer de tels troubles (cf. ATF 117 V 359 consid. 4b ; Jean-Michel Duc, La jurisprudence des assurances sociales concernant les traumatismes cervicaux, RSAS 2008 p. 58).

d) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 402 consid. 2.2, 125 V 456 consid. 5a et les références ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009, consid. 2).

Dans l'ATF 134 V 109, le Tribunal fédéral a précisé sur plusieurs points sa jurisprudence au sujet de la relation de causalité entre des plaintes et un traumatisme de type « coup du lapin » ou un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou encore un traumatisme crânio-cérébral, sans preuve d'un déficit organique objectivable. Selon cet arrêt, il y a lieu de s'en tenir à une méthode spécifique pour examiner le lien de causalité adéquate en présence de tels troubles (consid. 7 à 9 de l'arrêt cité). Par ailleurs, le Tribunal fédéral n'a pas modifié les principes qui ont fait leur preuve, à savoir la nécessité, d'une part, d'opérer une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité et, d'autre part, d'inclure, selon la gravité de l'accident, d'autres critères lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (consid. 10.1). Cependant, il a renforcé les exigences concernant la preuve d'une lésion en relation de causalité naturelle avec l'accident, justifiant l'application de la méthode spécifique en matière de traumatisme de type « coup du lapin » (consid. 9) et modifié en partie les critères à prendre en considération lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (consid. 10). Ces critères sont désormais formulés de la manière suivante :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident (inchangé);
- la gravité ou la nature particulière des lésions (inchangé);
- l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible (formulation modifiée) ;
- l'intensité des douleurs (formulation modifiée) ;

- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident (inchangé) ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes (inchangé) ;
- l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré (formulation modifiée).

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140, 403 consid. 5c/aa p. 409).

4. a) Pour pouvoir se prononcer sur le droit à des prestations, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire

sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

b) Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Conformément au principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur

probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (cf. TF U 316/06 du 6 juillet 2007, consid. 3.1.1). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007, consid. 3.2).

5. En l'espèce, la recourante soutient que ses troubles actuels peuvent être assimilés à un traumatisme post « whiplash » dont elle présente les symptômes caractéristiques, et que ces troubles sont en lien avec l'événement du 1^{er} juillet 2011. Pour sa part, l'intimée estime que dans la mesure où la recourante n'a présenté ni fracture, ni luxation de vertèbre, le *statu quo sine* pouvait être considéré comme atteint 6 mois après l'accident du 1^{er} juillet 2011, ce qui justifie qu'elle mette un terme à ses prestations le 1^{er} janvier 2012.

Il ressort de la déclaration d'accident du 6 juillet 2011 que la recourante est tombée dans sa baignoire. Selon les informations communiquées à l'intimée par la recourante, cette dernière a perdu l'équilibre lorsqu'elle remettait le rideau de douche et est tombée entre la baignoire et le lavabo, sa tête ayant alors tapé sur les robinets. Au vu de cette description de l'accident, il est douteux que le mécanisme de l'événement accidentel du 1^{er} juillet 2011 corresponde à un double phénomène d'accélération-décélération caractéristique du « whiplash ». On ignore en particulier ce qu'il en a été d'une éventuelle double sollicitation des cervicales, cas échéant de sa vitesse. Cette question peut toutefois demeurer ouverte, dans la mesure où la jurisprudence en matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin » vaut aussi pour les traumatismes analogues ou les traumatismes crânio-cérébraux sans preuve d'un déficit fonctionnel organique (cf. supra consid. 3c).

Il faut alors d'une part que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites ait été dûment attestée par des renseignements médicaux fiables, et d'autre part que le tableau clinique typique d'un tel

traumatisme soit présent (savoir des maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité accrue, troubles de la vue, irritabilité, altération de la sensibilité, dépression, modification de la personnalité et multiples plaintes) pour qu'un lien de causalité naturelle puisse être retenu entre l'accident et l'incapacité de travail.

A cet égard, les rapports médicaux immédiatement postérieurs à l'accident font mention de contusions - au demeurant au niveau du radius dorsal et du bras gauche, et non au niveau cervical (cf. rapport de l'Hôpital de B._____ du 28 juillet 2011), ainsi que de douleurs à la mobilisation et à la palpation (cf. rapport du 5 juillet 2011 des Drs S._____ et L._____). Dans la déclaration d'accident bagatelle du 6 juillet 2011, l'employeur a fait état d'atteintes à l'épaule, au bras et à la jambe gauches, mais pas au niveau cervical. S'ajoute à cela qu'aucun des rapports précités ne rapporte des plaintes telles que maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité accrue, troubles de la vue, irritabilité, altération de la sensibilité, dépression ou modification de la personnalité. La recourante n'allègue du reste pas l'existence de tels troubles. Si la Dresse R._____ a émis l'hypothèse d'une entorse cervicale, en faisant état dans son rapport du 14 novembre 2011 à l'intimée de « contusion vs entorse cervicale », elle n'en a pas moins indiqué que le traitement était terminé depuis le 22 juillet 2011.

Ce n'est que le 9 mai 2012 que la Dresse D._____ a fait mention, pour la première fois, de la prise d'un traitement antidépresseur. Les autres médecins n'ont quant à eux pas fait état de troubles pouvant être attribués au tableau clinique typique d'une lésion du rachis cervical par « coup du lapin » ou traumatisme analogue. Cela étant, la mise en place d'un traitement antidépresseur plus de dix mois après l'événement en cause ne permet pas à elle seule de tenir le lien de causalité naturelle pour établi, d'autant qu'il est constant que le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident

ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « *post hoc ergo propter hoc* »).

Par surabondance de droit, même si la causalité naturelle était réalisée, la causalité adéquate ne le serait pas. On est en effet en présence d'une banale chute domestique, soit d'un accident de peu de gravité. Même si cet événement devait être classé à la limite du cas de moyenne gravité, il faut constater que l'accident n'a été ni dramatique, ni impressionnant. Les lésions ne sont pas graves – du moins n'empêchent-elles pas la recourante de conserver une capacité de travail entière dans une activité adaptée (cf. rapport médical de la Dresse D. _____ à l'OAI du 30 juillet 2012 et rapport médical du 10 août 2012 du Dr P. _____ du SMR), ni particulières. La physiothérapie et la prescription d'anti-douleurs ne sont a priori ni pénibles, ni spécifiques. S'il devait y avoir eu une erreur médicale, comme l'allègue la recourante au motif qu'une minerve aurait dû lui être prescrite, l'aggravation des séquelles n'est pas démontrée ; il n'existe ni difficulté, ni complications. Quant à l'intensité des douleurs, elle est alléguée mais difficilement objectivable.

En conclusion, les critères devant conduire à retenir un lien de causalité adéquate ne sont pas réunis. Or en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis (ATF 129 V 407 consid. 4.4.1; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Soziale Sicherheit, SBVR, vol. XIV, 2^{ème} édition, 2007, ch. 91 et les références). Il a été par exemple jugé que trois critères remplis sans intensité particulière ne suffisaient pas pour admettre la causalité adéquate (TF 8C_321/2010 du 29 juin 2010, 8C_89712009 du 29 janvier 2010, consid. 4.5 et 8C_421/2009 du 2 octobre 2009, consid. 5.8, avec références). Dès lors qu'ici les critères ne sont pas remplis, on retiendra qu'il n'y a pas rapport de causalité adéquate entre l'accident assuré et les atteintes à la santé de la recourante après la fin des prestations 1^{er} janvier 2012.

En retenant que la recourante a souffert d'une contusion-distorsion de la colonne cervicale sans lésion objectivable - en l'absence de lésions structurelles (sinon des altérations dégénératives) (et en particulier en l'absence de fracture, de listhésis, de hernie discale et de lésion médullaire), avec un rétablissement du statu quo sine six mois après l'événement accidentel, l'intimée n'a pas violé le droit.

Au vu de ces constatations, les pièces du dossier se révèlent suffisantes pour statuer en pleine connaissance de cause, sans que l'administration d'autres preuves ne s'impose, par appréciation anticipée des preuves (ATF 134 I 140 consid. 5.3 p. 148 ; 131 I 153 consid. 3 p. 157 ; 130 II 425 consid. 2 p. 428 ; voir aussi par ex. arrêts 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid 3.2 et 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Il y a ainsi lieu de rejeter la requête d'expertise de la recourante, de même que sa requête d'audition de témoins.

6. Il découle de ce qui précède que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

Le présent arrêt sera rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA ; art. 45 LPA-VD), ni dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 22 février 2013 par W._____ est confirmée.
- III.** Le présent arrêt est rendu sans frais ni dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Jean-Yves Schmidhauser (pour la recourante),
- W. _____,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :